



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HUR MOTIVERANDE SAMTAL KAN ANVÄNDAS AV SJUKSKÖTERSKAN VID ÖVERVIKT OCH FETMA HOS VUXNA

Jennifer Andersson
Johanna Eriksson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 16
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till vår handledare Christopher Holmberg för god vägledning och stort engagemang genom hela uppsatsen.

Titel (svensk)	Hur motiverande samtal kan användas av sjuksköterskan vid övervikt och fetma.
Titel (engelsk)	How motivational interviewing can be used by nurses for overweight and obesity
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 16
Författare	Jennifer Andersson och Johanna Eriksson
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Linda Berg

Sammanfattning:

Bakgrund: Övervikt och fetma är allvarliga hälsoproblem i Sverige och världen. Det kan innebära ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar, typ-2 diabetes, belastningsskador, vissa typer av cancer. Både övervikt och fetma kan bidra till sämre livskvalitet. Dagens sjukvård erbjuder medicinska och kirurgiska behandlingar mot fetma, men för en lyckad viktninskning är livsstilsåtgärder viktiga. För att gå ned i vikt ska energiintaget vara mindre än kroppens förbrukade energi. För att på lång sikt få bukt med problemet är hälsofrämjande och förebyggande arbete viktigt. Motiverande samtal (MI) är en metod som används vid livsstilsrelaterade beteendeförändringar och är särskilt användbart vid ambivalens. MI bygger på en god vårdrelation. **Syfte:** Att beskriva hur sjuksköterskan kan använda motiverande samtal för att främja hälsosamma livsstilsförändringar hos vuxna med övervikt eller fetma. **Metod:** Litteraturoversikt med artiklar sökta i databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna granskades och 12 valdes. **Resultat:** Flera studier visade att MI kan användas i kombination med information eller viktninskingsprogram. Det kan också utföras över telefon eller internet. Det är viktigt att uttrycka empati inom MI eftersom empati kan bidra till bättre kostvanor. När MI kombineras med andra insatser bidrar det till ökade effekter, till exempel förbättrade kostvanor. **Slutsats:** När MI används över telefon och internet är det tids- och kostnadseffektivt. MI i kombination med andra insatser ger ofta positiva resultat på vikt och kost. Oavsett val av metod är det viktigt att sjuksköterskan beaktar hur det kan påverka vårdrelationen.

Nyckelord:

Motiverande samtal
Sjuksköterska
Övervikt
Fetma
Hälsofrämjande arbete

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Övervikt och fetma	1
Övervikt och fetma inom hälso- och sjukvården	2
Livsstilsåtgärder vid övervikt och fetma.....	3
Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete	4
Vårdrelationen	5
Motiverande samtal	6
Problemformulering.....	7
Syfte	8
Metod	9
Design.....	9
Datainsamling och urval.....	9
Dataanalys	10
Resultat.....	10
Att uttrycka empati	Fel! Bokmärket är inte definierat.
MI i kombination med andra insatser	10
MI i kombination med information.....	11
MI i kombination med viktnminskningsprogram	12
MI med hjälp av informations- och kommunikationsteknologi	14
Med telefonkontakt	14
Över internet	16
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Påverkan på kost.....	18
Riskgrupper	18
MI och vårdrelationen	19
Hur MI kan användas	19
Slutsats	21
Implikationer för vården.....	21
Förslag till vidare forskning	21
Referenslista	22
Bilagor.....	26
Bilaga 1.....	26

Bilaga 2.....	27
Bilaga 3.....	29

Inledning

Vår uppfattning av hälso- och sjukvården i dagens samhälle är att vårdtagare och vårdgivare söker snabba lösningar. Snabba lösningar som läkemedel och extrema dieter påbörjas om och om igen utan långvariga resultat. I vissa fall kan det mynna ut i fetmakirurgi som är en stor påfrestning för kroppen, kräver livslång kostbehandling och kan ha svåra biverkningar med dödlig utgång. I andra fall fortsätter vårdtagaren ha övervikt eller fetma och drabbas av följsjukdomar.

Vi tycker övervikt och fetma istället bör behandlas genom långsiktiga insatser för att främja en hälsosam livsstil. För att göra detta krävs insatser som motiverar hälsosamma livsstilsförändringar. Därför har vi valt att undersöka hur motiverande samtal (MI) kan användas av sjuksköterskor i hälso- och sjukvården för att hjälpa vårdtagare att genomföra långsiktiga livsstilsförändringar som bidrar till bättre hälsa. Vårt fokus har varit motiverande samtal vid övervikt och fetma för att visa att vårdtagarna själva kan uppnå en hållbar lösning utan att ta till varken piller eller kirurgi. Att göra hälsosamma livsstilsförändringar innebär oftast både viktminskning och andra positiva hälsofaktorer som naturligt kommer med måttlig fysisk aktivitet och hälsosam kost.

I dagens hälso- och sjukvård är det ofta ett stort fokus på att bota och lindra sjukdom. Om lite av detta fokus istället läggs på hälsofrämjande arbete angriper vi problemet tidigare och har möjlighet att lindra lidande samt att minska kostnader för samhället. Med små medel tror vi att den svenska sjukvården kan förbättras.

Bakgrund

Övervikt och fetma

Enligt WHO (2016) definieras övervikt och fetma som onormal eller överflödigt samling av fett på kroppen som kan ha negativ inverkan på hälsan. Fetma och övervikt hos vuxna definieras utifrån kroppsmasseindex (BMI) som räknas ut genom att dividera vikt (kg) med längd (m) i kvadrat, ($BMI = \text{kg/m}^2$). BMI lika med eller över 25 definieras som övervikt och BMI lika med eller över 30 som fetma (WHO, 2016). Muskulösa personer med BMI över 25 eller 30 behöver inte vara överviktiga eller feta. Därför bör BMI sättas i relation till midjemått, kroppsfördelningen av fett och metabol riskprofil (Lönnqvist, 2007).

Prevalensen för fetma har mer än dubblats från 1980 till 2014. År 2014 hade 13 % av världens befolkning fetma och 39 % var överviktiga. Fetma som tidigare ansågs vara ett problem främst i höginkomstländer ökar idag också allt mer i både mellan- och låginkomstländer. Idag finns fler personer som har fetma i världen än personer som är underviktiga och fler dödsfall är relaterade till fetma än undervikt (WHO, 2016). Övervikt kan ofta kopplas till låg utbildningsnivå och låg socioekonomisk status (Elfhag, 2007). I en studie från norra Sverige har Lilja, Eliasson, Stegmayr, Olsson och Söderberg (2008) visat på en viktökning i åldrarna

25-74 från år 1986 till 2004. Viktökningen i gruppen 25–34-åringar var störst vilket får Lilja et al. (2008) att oroas för den framtida populationens hälsa.

Enligt SBU (2003) finns det en rad olika förändringar som har bidragit till den ökande fetmaepidemin. Exempel på dessa är: minskad fysisk aktivitet i dagens samhälle, ökad tillgång till kalori- och sockerrika livsmedel samt en mer stressad tillvaro. Dock beror inte den ökade förekomsten av fetma endast på livsstilen utan även andra faktorer som ärftlighet, läkemedel och sämre ekonomiska villkor spelar in. Enligt Lönnqvist (2007) kan ca 40 % av fetman i samhället förklaras via ärftliga faktorer. WHO (2016) skriver att övervikt och fetma huvudsakligen beror på obalans mellan kaloriintag och förbrukade kalorier. Elfhag (2007) visar på att de allra vanligaste anledningarna till överätning hos personer med fetma är tristess, som tröst, som belöning/fest, för njutningen, vid nedstämdhet, vid plågsamt inre tillstånd, inre tomhet, vid ökad stress samt vid olust/irritation.

Förhöjt BMI innebär ökade risker för kardiovaskulära sjukdomar, typ 2-diabetes, belastningsskador samt vissa former av cancer (WHO, 2016). Inom Västra Götalandsregionen (VG regionen) beräknas 25 % av diagnostiserad diabetes orsakas av fetma (VG regionen, 2008). 80 % av de med diagnosen typ 2-diabetes är även överviktiga eller feta. För personer med BMI över 35 är risken 40 gånger högre att drabbas av typ 2-diabetes jämfört med en normalviktig person (SBU, 2003). I mellan- och låginkomstländer finns idag problematik med både sjukdomar relaterade till övervikt och fetma samt sjukdomar relaterade till undervikt. I dessa länder är problem med övervikt och fetma vanligare i stadsmiljö men problem med undervikt och fetma kan även finnas inom samma hushåll (WHO, 2016). I Sverige och USA, båda höginkomstländer, tycks istället fetma vara vanligare utanför städerna (Lilja et al., 2008). Personer med fetma rapporterar dessutom sämre livskvalitet än normalviktiga och överviktiga. Desto högre grad fetma desto lägre sjunker nivån av livskvalitet. Att självrapporterad livskvalitet är så låg i gruppen kan bero på samsjuklighet med fetman, psykosociala problem (framförallt hos kvinnor) och minskat fysiskt välbefinnande och funktion (Sullivan, Karlsson & Rydén, 2007; VG regionen 2008)

Övervikt och fetma inom hälso- och sjukvården

Fetma är inte bara ett allvarligt hälsoproblem, det kostar även samhället stora summor. Den årliga kostnaden för sjukvård av fetma beräknas vara 3 miljarder kronor, utöver det tillkommer ungefär en lika stor summa för förtidspensioneringar, sjukskrivningar och produktionsbortfall. Internationellt beräknas fetma kosta sjukvården ca 2 % av dess budget (SBU, 2003). Behandlingar som sjukvården erbjuder idag mot övervikt och fetma är motion och energireducerad kost, kognitiv beteendeterapi, läkemedel och fetmakirurgi (VG regionen, 2008).

Vårdguiden 1177 (2014) skriver att det i dagsläget finns två registrerade läkemedel mot fetma; Alli och Xenical. De innehåller samma verksamma ämne, orlistat, men har olika styrkor. Orlistat gör så att tarmen tar upp mindre fett och orsakar diarréer som förhindras med minskat fettintag. Rekommendationen vid användning av orlistat är en viktnedgång på 5 % av vikten under de första tolv veckorna.

Uppnås inte detta bör behandlingen avbrytas (Vårdguiden 1177, 2014a). Behandling med Alli eller Xenical bör kombineras med kalori- och fettreducerad kost samt mycket frukt och grönt. Båda läkemedlen kan orsaka många biverkningar från mag-tarmkanalen. Vid behandling med Xenical är även huvudvärk, övre luftvägsinfektion, influensa och hypoglykemi hos personer med diabetes är mycket vanliga biverkningar ($\geq 1/10$). Vanliga biverkningar ($\geq 1/100$ till $< 1/10$) är nedre luftvägsinfektion, urinvägsinfektion, trötthet, oregelbunden menstruation och oro (FASS, 2016a; FASS, 2016b).

En annan behandling som kan ges vid fetma är kirurgi. Det finns ett flertal olika typer av fetmakirurgi där den effektivaste är gastric bypass. Gastric bypass innebär att magsäcken minskas samt kopplas ihop med den mellersta delen av tunntarmen. Genom denna metod blir personen mätt snabbare och kroppen kan inte ta upp lika mycket kalorier som den tidigare gjort. (Vårdguiden 1177, 2014a). Det finns ett flertal komplikationer för personer som har genomfört fetmakirurgi. En komplikation är risken för undernäring samt brist på mineraler och vitaminer. Andra vanliga komplikationer är håravfall, nedstämdhet och problem med hudöverskott (Läkemedelsverket, 2015). Gallstensproblem uppstår hos nästan en tredjedel av vårdtagarna. Av alla personer som genomgår fetmakirurgi behöver cirka 20 % opereras igen inom 10 år för olika komplikationer (Handlingsprogram övervikt/fetma, 2002). För att bli beviljad en operation bör BMI-värdet ligga över 40 eller över 35 vid allvarlig följsjukdom. (Vårdguiden 1177, 2014a). Vanliga exklusionskriterier för gastric bypass är: hjärtsjukdom, nyligen haft stroke, missbruk av alkohol eller narkotika, graviditet, cancer eller annan sjukdom i lungorna eller njurarna. Dock finns det enstaka fall där operation ändå genomförts (Vårdguiden 1177, 2014b)

Vid övervikt och fetma finns kommersiella organisationer att vända sig till för att få hjälp med sin viktnedgång. Exempel på dessa är viktväktarna och Xtravagansa. Där erbjuds stödgrupper, samtal samt information om kost och hur en viktnedgång uppnås. Oavsett hur personer med övervikt eller fetma väljer att gå ned i vikt är det bäst att kombinera behandlingen med hälsosamma livsstilsval som kost och fysisk aktivitet (Vårdguiden 1177, 2014a).

Livsstilsåtgärder vid övervikt och fetma

Vid viktnedgång och bibehållande av hälsosam vikt har fiberrik kost bevisats ha störst inverkan. Att minska mängden fett i kosten samt att reducera socker och sötade drycker är också positivt för hälsosam viktnedgång vid övervikt och fetma (Nordiska ministerrådet, 2012). För att gå ned i vikt skriver SBU (2003) att energiintaget ska vara mindre än kroppens förbrukade energi. Genom att ersätta onyttig kost med mer frukt och grönt minskas mängden fett och kostens energitäthet blir lägre. Att låta stor del av kosten vara kolhydrat- och fiberrik samt att äta proteinrikt underlättar viktnedgång.

En generellt hälsosam kost för alla innefattar mycket frukt och grönt, nötter och frön, fullkornsprodukter, fisk och skaldjur, vegetabiliska oljor och magra mjölkprodukter. Produkter med högt energiinnehåll och låg näringshalt, rött kött, processat kött samt mycket

salt bör undvikas. Att anpassa kosten efter dessa rekommendationer innebär minskad risk för hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och vissa typer av cancer (Nordiska ministerrådet, 2012).

Fysisk aktivitet och minskat stillasittande är grundstenar i förbyggande arbete mot kroniska sjukdomar, till följd av övervikt och fetma, och för att på lång sikt hålla hälsosam vikt. Det minskar risken för att drabbas av sjukdomar som personer med övervikt och fetma har extra stor risk att drabbas av, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och cancer. Fysisk aktivitet i samverkan med hälsosam kost rekommenderas som del av en hälsosam livsstil. Vuxna bör utöva minst 150 minuter medelintensiv fysisk aktivitet eller 75 minuter högintensiv per vecka samt minska stillasittandet (Nordiska ministerrådet, 2012).

WHO (2016) menar att övervikt och fetma till stor grad går att förebygga via stöttande miljöer och samhällen. Genom att göra det mest hälsosamma valet mest tillgängligt (ex via pris och tillgänglighet) är det lättare för den stora massan att ta hälsosamma beslut. Dessa beslut för att förebygga övervikt och fetma kan handla om till exempel kost och fysisk aktivitet. Även Rössner (2007) förespråkar stöttande miljöer och samhällen. Han menar att preventivt arbete måste finnas via livsmedelsindustrin och media.

För att på lång sikt få bukt med övervikt och fetma är hälsofrämjande och förebyggande arbete en av de viktigaste punkterna (VG regionen, 2008). Enligt Nordiska ministerrådet (2012) tillhör fetma och övervikt de största hälsoproblemen i Norden och för att minska prevalensen krävs både förebyggande behandling och effektiv behandling vid redan befintlig fetma.

Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete

Enligt WHO (2006) definieras hälsa som: "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning" (s.1). I Sverige skall all hälso- och sjukvård arbeta för att förebygga ohälsa (SFS, 2014:822) och målet är en god hälsa för alla i samhället (SFS, 1997:142). Svensk sjuksköterskeförening (2008) skriver att hälsa är ett centralt begrepp inom hälso- och sjukvården, även om perspektivet kan skilja sig åt.

Det finns fyra huvudområden för sjuksköterskans ansvar: att främja hälsa, att återställa hälsa, att förebygga sjukdom och att lindra lidande. Sjuksköterskan skall, tillsammans med samhället, arbeta för främja och påbörja hälsofrämjande arbete som tar hänsyn till allmänhetens hälsa och sociala behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Begreppet hälsofrämjande används allmänt i både riktlinjer och dokument samt praktiskt inom hälso- och sjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Enligt WHO (1984) finns det sex fundamentala grunddrag i hälsofrämjande arbete: jämlikhet, samarbete, empowerment, självbestämmande, delat ansvar och ömsesidigt hjälpanande.

Trots att hälsofrämjande omvårdnad är en väldigt viktig del av sjuksköterskans arbete så finns det i dagsläget ingen entydig definition på vad det faktiskt innebär. Det finns mycket forskning på vad hälsofrämjande omvårdnad innebär i praktiken. Forskningen pekar på att

arbete som benämns som hälsofrämjande inom omvårdnaden är information och utbildning om olika hälsosamma beteenden, livsstil och fakta om riskerna kring en ohälsosam livsstil (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg). Berg och Sarvimäki (2003) tar i en artikel upp vikten av hur sjuksköterskan ser på vårdtagaren eftersom att det är en central punkt för hur samspelet mellan sjukdom och hälsa tolkas. Enligt Berg och Sarvimäki (2003) är det en holistisk-existentiell människosyn som sjuksköterskan bör eftersträva. Detta synsätt och begreppet empowerment är de två viktigaste delarna när sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande inom omvårdnaden.

När sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande behöver sjuksköterskan anpassa arbetet till varje enskild person och det är oftast i det vardagliga mötet mellan vårdtagaren och sjuksköterskan som arbetet har störst potential (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) bygger hälsofrämjande omvårdnad på att sjuksköterskan har en humanistisk människosyn och att sjuksköterskans värderingar bygger på delaktighet, dialog och jämlikhet vid patientmöten. Med de utgångspunkterna så bör sjuksköterskan försöka förstå hur personer uppfattar sin situation relaterat till hälsa och sjukdom. Då blir fokus för sjuksköterskan att stärka personers eget inflytande och personliga möjligheter. Ett samarbete uppstår mellan sjuksköterskan och vårdtagaren. Personen får möjlighet att själv uppskatta värdet av information och kan ta ett eget beslut (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Ovanstående samarbete vävs till stor del samman med en god vårdrelation.

Vårdrelationen

Wiklund (2005) menar att vårdrelationen ska utgå från ett etiskt förhållningssätt grundat i tro, hopp och kärlek. Den ska präglas av en anda där vårdaren ger bekräftelse, konfronterar, hjälper till att leka med/prova tankar eller scenarion, arbetar med lärande och hjälper vårdtagaren att uttrycka känslor för att inte känsla av att det finns trovärdighet i vården för vårdtagaren. Dessa aspekter är viktiga för att kunna ge utrymme för utveckling och en god relation. Vårdaren vill uppmuntra, bekräfta och stödja men även konfrontera för att provocera fram nya perspektiv när vårdtagares lidande begränsar tankarna. En grundsten i vårdrelationen är också att värna om personens värdighet. Vid detta förhållningssätt får vårdtagaren stöd på alla nivåer och får på så vis möjlighet till utveckling av hälsan. Björck och Sandman (2007) menar att vårdrelationer har betydelse för personen hälsa eftersom relationens karaktär avgör om personen upplever lindrat lidande och välbefinnande som bidrar till upplevd eller inte upplevd hälsa.

I den ideala vårdrelationen skulle vårdtagarens och vårdarens målsättning vara densamma. Trots detta går det inte att göra relationen helt jämlik, vårdarens kunskapsgrund innebär att denne hamnar i en maktposition. I en god vårdrelation bör vårdaren använda makten för att främja vårdtagarens bästa och för att kunna utgöra en trygg bas. För att kunna utgöra en trygg bas är det viktigt att betrakta sig själv (vårdaren) och vårdtagaren som experter på olika områden, hälso- och sjukvård respektive självkännedom och erfarenhet av lidande, med lika värde. Vårdaren måste vara lyhörd för vårdtagarens behov i en relation för att kunna bli dennes trygga bas. Genom att uppmärksamma vårdtagarens behov och stå vid dennes sida främjas

hälsan. I en god vårdrelation har vårdare och vårdtagare tillit till och respekt för varandra (Wiklund, 2005).

När en god vårdrelation har etablerats finns möjlighet att dela vårdtagarens lidandeberättelse och att beröra. Genom att dela lidandeberättelsen kan sjuksköterskan och vårdtagaren gemensamt söka förståelse och gå vidare med nya erfarenheter. Att beröra har också samband med gemensam utveckling. Beröring är inte endast fysisk utan handlar även om psykisk beröring. Att som vårdare våga visa att man blir berörd stärker relationen. När en vårdrelation är så god att vårdtagaren delar sina känslor med vårdaren är medlidande och empati viktigt. Medlidande innebär snarare öppenhet och känslighet än delat lidande, skulle det egna lidandet överväga medlidandet kan istället förmågan att hjälpa hämmas. Empati handlar om att kunna avläsa sina egna och den andres känslor för att utgöra stöd och trygghet (Wiklund, 2005). Det föreligger i empatin en risk att övertolka personers känslor utifrån egna behov och därför föreslår Wiklund (2005) att empati ses som ett förhållningssätt medan medlidandet är en inre personlig hållning.

Motiverande samtal

En av grundarna till motiverande samtal, MI, är psykologen William R. Miller. Han genomförde ett antal studier i början på 80-talet där han visade att det är sättet rådgivaren genomför samtalet som leder till förändring i större grad jämfört med innehållet i samtalet. Miller fick sedan hjälp av psykologen Steve Rollnick och tillsammans utvecklade de MI till en metod och presenterade den för resten av världen under 90-talet (Farbring, 2014).

MI är nu en accepterad metod som används för att hjälpa personer med en förändringsprocess (Farbring, 2014). Rubak, Sandbaek, Lauritzen och Christensen (2005) skriver i sin metaanalys att MI är, jämfört med traditionell rådgivning, överlägset den bästa metoden när det kommer till behandling av beteendeproblem och livsstilsrelaterade sjukdomar. Enligt Socialstyrelsen (u.å.) är syftet med MI att främja motivation till beteendeförändring. Metoden används allmänt när det kommer till livsstilsrelaterade faktorer, såsom rökning, övervikt, fetma, alkohol och droger etc. (Socialstyrelsen, u.å.). MI är särskilt användbart när det kommer till personer som är ovilliga till en förändring eller känner stark ambivalens inför förändringen (Butler, Miller & Rollnick 2010).

Inom MI talas det om "andan i MI". Det är andan inom MI som utövaren hela tiden bör ha i tankarna och sinnet vid samtal med personer. Andan inom MI syftar på tre punkter: *samarbetsinriktad, framkallande och respekt för patientens autonomi*. Punkten samarbetsinriktad syftar på samarbetet mellan vårdtagaren och utövaren. Framkallande handlar om att aktivera den motivation och de resurser som personen redan besitter för att uppnå en förändring. För att lyckas med att framkalla motivation och resurser är det viktigt att utövaren förstår vårdtagarens perspektiv som visar vad som är viktigast för vårdtagaren och dennes värderingar samt bekymmer. Den sista punkten syftar på vikten av att utövaren inte blir alltför involverad i personens val och låter personen själv ha friheten att bestämma om

hur personen vill förändras. När frihet ges öppnas ofta möjligheter till förändring upp (Butler, Miller & Rollnick 2010).

När MI utövas finns det fyra vägledande principer som utövaren bör följa. Dessa är: att motstå rättningsreflexen, att förstå och utforska personens egen motivation, att lyssna på personen och empowerment.

- *Att motstå rättningsreflexen* - Personer som jobbar inom hjälpande yrken har ofta en stor vilja till att hjälpa personer, förhindra fortsatt skada, främja välbefinnande och att bota. Det ligger i människans natur att motstå övertalning och om utövaren kommer med mer argument för förändring kan personen hålla ännu hårdare på sina argument emot förändring. Inom MI betonas istället vikten av att låta personen själv argumentera fram en förändring genom stöd av utövaren eftersom personen tenderar att tro på det personen själv uttalar.
- *Att förstå och utforska patientens egen motivation* - behandlar vikten av att personer kommer med egna argument och skäl till förändring. Det är därför viktigt att utövaren visar ett genuint intresse för vad personen säger och lyssnar på personens värderingar, motivationer och angelägenheter.
- *Att lyssna på patienten* - genom att lyssna kan utövaren hitta viljan och argumenten för beteendeförändring hos personen. Viktigt är empati och att utövaren har ett empatiskt intresse.
- *Empowerment* - avser vårdtagarens känsla av makt över sitt eget liv. Inom MI används det för att hjälpa personer att själva utforska och komma på hur de kan skapa en förändring. Utövarens roll är att stödja vårdtagarens hopp om en förändring och viljan till att utföra den (Butler, Miller & Rollnick 2010).

När utövaren börjar prata med en person angående en förändring är personen ofta ambivalent till sitt val. Ofta vet personen om att en förändring skulle vara bra men har motargument till varför personen bör stanna i sitt nuvarande tillstånd. Ambivalensen kan ses på meningar som innehåller ordet "men", till exempel: jag vill gå ner i vikt *men* jag älskar godis (Butler, Miller & Rollnick, 2010). Ofta har personen varit ambivalent under en mycket lång tid och det är utövarens uppgift att få personen att tvivla på om det verkligen är bra att fortsätta med samma vanor. Att initiera tvivel görs ofta genom att få personen att börja argumentera för sin egen livsstilsförändring och även lägga fram argument mot att stanna kvar i samma vanor. Det viktigaste är att det kommer från personen själv och att det är personen som uttalar orden (Farbring, 2014). När personen börjar att uttala argument för en förändring har förändringsprat startat. Det är när personen börjar att "förändringsprata" som arbetet mot en förändringsprocess startar (Butler, Miller & Rollnick 2010).

Problemformulering

Övervikt och fetma är vanligt och kan leda till stort lidande och sjukdom. Enligt svensk lag ska sjuksköterskan inom svensk hälso- och sjukvård arbeta förebyggande mot ohälsa. Trots detta blir övervikt och fetma allt vanligare problem både i Sverige och världen. Förhöjt BMI

kan orsaka flertalet allvarliga sjukdomar, psykisk ohälsa och försämrad livskvalitet. En långsiktig lösning är hälsofrämjande arbete och sjuksköterskan har ett ansvar att agera hälsofrämjande. För att kunna närma sig ämnet övervikt och fetma krävs en god vårdrelation och förtroende för att kunna diskutera livsstilsfaktorer. Övervikt och fetma kräver långsiktig förändring och metoden MI är framgångsrik för att hjälpa personer i en förändringsprocess.

Det finns många studier som pekar på att MI är en långsiktig lösning för livsstilsförändringar. Trots detta finns det inte tillräckligt underlag för att avgöra om MI kan förändra kostvanor och/eller fysisk aktivitet hos vuxna som är avgörande vid viktnedgång.

Syfte

Att beskriva hur sjuksköterskan kan använda motiverande samtal för att främja hälsosamma livsstilsförändringar hos vuxna med övervikt eller fetma.

Metod

Design

För uppsatsen valdes studiedesignen litteraturöversikt. Litteraturöversikter används för att skapa översikt över kunskapsbasen kring ett område eller för att beskriva ett problem inom en kompetens eller en verksamhet (Friberg, 2012). Detta var relevant för denna uppsats eftersom syftet var att identifiera och analysera publicerad vetenskaplig litteratur kring hur sjuksköterskan kan använda MI för att främja hälsosamma livsstilsförändringar vid övervikt och fetma.

Datainsamling och urval

Datainsamling för uppsatsen har gjorts genom en litteratursökning i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl valdes eftersom att det är en vårdvetenskaplig databas för, bland andra, sjuksköterskor (Karolinska institutet, 2013a). Pubmed valdes eftersom att det täcker, bland annat, områdena: omvårdnad och paramedicin (Karolinska institutet, 2013b). Då ett uttömmande resultat uppnåts efter sökning i Cinahl och PubMed gjordes ingen ytterligare sökning i andra databaser.

Sökorden valdes utifrån syftet och kontrollerades med Svensk Mesh för PubMed och Cinahl Headings för Cinahl. Sökorden som valdes från början var: motivational interviewing, obesity, nurs*, primary care (Cinahl), primary health care (PubMed) och weight loss. För att finna artiklar med annan infallsvinkel användes senare också sökorden trust och communication. "Nurs*" söktes med trunkering för att omfatta alla böjningar av stammen nurs, exempelvis nurse, nursing etc. I PubMed användes begränsningen Adult: 19+ years för alla sökningar. I Cinahl användes begränsningarna peer reviewed, research article och all adult +19. Vid väldigt lågt antal träffar i Cinahl fanns inte möjlighet att begränsa ålder och därför gjordes begränsningen manuellt i de fallen. Att alla personer över 19 år valdes istället för en mer avgränsad åldersgrupp beror på intresse för hur motiverande samtal vid övervikt och fetma kan användas på vuxna inom vården. Mängden artiklar som undersöker motiverande samtal inom en specifik åldersgrupp visade sig vara mycket begränsad. Trots åldersbegränsning behövde många artiklar, med fokus på barn, uteslutas manuellt. Vid artikelgranskning exkluderades artiklar med för stort fokus på en specifik diagnos och artiklar med för lite eller otydlig beskrivning av hur MI genomfördes. 12 artiklar valdes till uppsatsen, databassökningen redovisas i Bilaga 1 och 2.

Artikelutbudet inom området motiverande samtal och övervikt/fetma i PubMed är större, jämfört med i Cinahl. Det var därför inte möjligt att göra exakt likadana sökningar i databaserna och få ett rimligt antal träffar. Sökningarna i PubMed behövde vara smalare för att begränsa antalet träffar och sökningarna i Cinahl behövde vara bredare för att fånga in alla relevanta artiklar.

Dataanalys

Artiklarna lästes och granskades enligt SBU:s granskningsmallar (SBU, 2014b; SBU 2014c). Endast artiklar som var etiskt granskade inkluderades eftersom etik är en viktig aspekt inom forskning. Artiklarna lästes upprepade gånger för att skapa förståelse för innehållet och minimera risken för feltolkningar. Artiklarna sammanfattades i en artikelmatris (Bilaga 3) för att skapa överblick. Genom att finna viktiga delar i artiklarna och sammanfatta dem med enstaka ord kunde likheter och skillnader upptäckas. Detta gjordes enskilt och jämfördes sedan för att kunna jämföra likheter och skillnader, gruppera likheter och skillnader och bilda teman som svarade mot uppsatsens syfte och ett resultat formades. Efter att teman hade bildats kunde subteman identifieras för att förtydliga resultatet.

Resultat

Utifrån syftet som behandlar hur sjuksköterskor kan arbeta med MI har fokus varit på arbetssätt och dess effekter i resultatet. Det vill säga; hur MI konkret kan användas kliniskt och hur effektiva olika sätt att använda MI visat sig vara. Efter genomförd dataanalys framkom två teman och fem subteman, se tabell 1.

Tabell 1. Teman och subteman

Teman	Subteman
MI i kombination med andra insatser	MI i kombination med information
	Att uttrycka empati i hälsosamtalet
	MI i kombination med viktminskningsprogram
MI med hjälp av informations- och kommunikationsteknologi	Med telefonkontakt
	Över internet

MI i kombination med andra insatser

Många forskare som studerar MI väljer att kombinera MI med något som skulle kunna bidra till viktminskning utöver effekterna av MI. Relativt små informativa insatser, som broschyrer, använder Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt och van Mechelen (2011) och Hardcastle, Taylor, Bailey, Harley och Hagger (2013). Mer omfattande informativa insatser, som nyhetsbrev, gruppmöten och föreläsningar, används av Bennet et al. (2005) och Penn, White, Oldroyd, Walker, Alberti och Mathers (2009). Det finns också forskare som kombinerat MI med viktminskningsprogram. McDoniel, Wolskee och Shen (2009) kombinerade MI med ett mindre onlinebaserat viktminskningsprogram kallat SMART medan Smith West, Dilillo, Bursac, Gore och Greene (2007) och Carels et al. (2007) valt att testa MI

i kombination med större viktnedkningsprogram med gruppträffar (icke namngivet beteendefokuserat program respektive LEARN).

MI i kombination med information

Att kombinera MI med information kan syfta på insatser av väldigt olika storlekar. En gemensam nämnare är dock att insatsen bidrar med information som kan underlätta viktning. Informationen kan exempelvis ges i form av standardbroschyrer, nyhetsbrev, föreläsningar eller gruppmöten. Groeneveld et al. (2011) delade precis som Hardcastle et al. (2013) ut information till deltagarna i form av broschyrer om exempelvis kost och fysisk aktivitet. Bennett et al. (2005) kombinerade MI med nyhetsbrev och träffar med föreläsningar medan Penn et al. (2009) kombinerade MI med nyhetsbrev, gruppträffar, information och ett flertal insatser för att underlätta fysisk aktivitet.

Groeneveld et al. (2011) gav i likhet med Hardcastle et al. (2013) broschyrer till deltagarna. Den stora skillnaden mellan studierna är att Groeneveld et al. (2011) lät en del av MI-samtalen vara över telefon. Hardcastle et al. (2013) jämförde i sin studie en interventions- och kontrollgrupp med risk för kardiovaskulär sjukdom. Interventionsgruppen fick MI. Båda grupperna fick en standardbroschyr om fysisk aktivitet och kost. Hardcastle et al. (2013) menar att MI i jämförelse med andra interventioner för livsstilsförändringar är mindre resurskrävande. Deltagarna i interventionsgruppen fick själva välja hur många gånger de ville få MI, max fem gånger, under sex månader. Efter sex månader hade deltagarna i interventionsgruppen sänkt sitt diastoliska blodtryck signifikant medan deltagarna i kontrollgruppen hade oförändrat diastoliskt blodtryck. Hardcastle et al. (2013) visade signifikant minskade nivåer av kolesterol efter sex månader hos deltagarna i interventionsgruppen och att de minskade i vikt och behöll viktnedkningsen efter 18 månader. Deltagarna i kontrollgruppen däremot ökade sina kolesterolnivåer signifikant mellan 6- respektive 18-månaderskontrollerna. Deltagare med fetma i interventionsgruppen hade minskat sitt BMI signifikant vid 6-månaderskontrollen. Hardcastle et al. (2013) kunde också se att de deltagare som haft flera MI-samtal signifikant minskat triglyceridnivåerna mer. Vid mätning av fysisk aktivitet fanns en signifikant skillnad mellan grupperna, interventionsgruppen promenerade mer vid 6- och 18-månaderskontrollerna.

Bennett et al. (2005) som gav studiedeltagarna information genom nyhetsbrev och gruppträffar med föreläsningar har vissa likheter med Penn et al. (2009) som bland många andra insatser skickade ut nyhetsbrev och hade gruppträffar med matlagning. Penn et al. (2009) har i sin studie jämfört en interventionsgrupp med en kontrollgrupp med risk för typ 2-diabetes. Interventionsgruppen fick MI flera gånger under studien, antalet varierade eftersom att deltagarna själva fick välja hur länge de ville fortsätta med MI. MI användes för att motivera deltagarna till att göra livsstilsförändringar. Interventionsdeltagarna fick utöver MI delta i gruppmöten med matlagning och gemensamma måltider. De fick nyhetsbrev varje kvartal med information om kost och fysisk aktivitet och en individuell plan om beteendeförändring för att nå kost- och viktrelaterade mål. Deltagarna fick hjälp att sätta mål för ökad fysisk aktivitet och information om lokala träningsmöjligheter, rabatt på

träningsställen och möjlighet att träffa en tränare för introduktion på lokal träningsanläggning. Båda grupperna erbjöds standardråd kring hälsofrämjande livsstilsförändringar i form av broschyrer om kost och fysisk aktivitet. Kontrollgruppen erbjöds vanlig vård. Efter ett år var det signifikant skillnad i viktnedgång mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Deltagarna i interventionsgruppen som genomgick en positiv förändring hade signifikant lägre risk för att utveckla typ 2-diabetes. I resultatet delades interventionsgruppens deltagare upp i två delar; de som behöll en förändring och de som inte gjorde det. Deltagare som behöll en förändring hade signifikant sämre värden jämfört med deltagare som inte behöll förändring vid studiestarten. De fick sedan signifikant bättre värden för vikt, aktivitet/dag, fiberintag/dag och hur mycket av dagligt energiintag som kom från fett och kolhydrater.

Att uttrycka empati i hälsosamtalet

Cox et al. (2011) har i sin studie undersökt om läkare använder MI-tekniker vid hälsosamtal för viktnedgång. De skriver att läkare känner sig osäkra på hur rådgivning vid livsstilsförändringar och viktnedgång ska genomföras eftersom att de inte har fått tillräcklig träning. I resultatet framkommer det att MI-tekniker signifikant ökar vårdtagares självförtroende att kunna ändra sina kostvanor. Att konsekvent använda MI visade sig även öka MET-värdet (MET = sammanräkning av tid spenderad på fysisk aktivitet och dess intensitet för ett gemensamt värde). Om utövaren uttrycker empati kunde Cox et al. (2011) visa att fett- och fiberintag förbättras hos vårdtagaren. Empati uttrycktes av utövarna genom enkla empatiska uttalanden som ”Jag vet att viktnedgång kan vara frustrerande” (s. 367). I studien presenteras resultat som enligt Cox et al. (2011) visar trender mot att empati och personcentrerade tekniker vid rådgivning är positivt för ökad motivation och självförtroende. Empati och personcentrerade tekniker är också positiva för förmåga att göra hälsosamma livsstilsförändringar. De värdena är dock inte statistiskt signifikanta.

MI i kombination med viktninskningsprogram

MI används av en del forskare som tillägg till olika viktninskningsprogram med olika motiveringar. McDoniel et al. (2009) som använder ett onlineprogram menar att teknologibaserade hjälpmedel blir allt mer tillgängligt för vårdtagare och vårdgivare men att det saknas information om hur effektiva tekniska hjälpmedel är vid viktninskning. Carels et al. (2007) hänvisar till tidigare studier som kombinerat viktninskningsprogram med ”stepped care”. Stepped care innebär att sätta in extra insatser när deltagarna inte uppnår mål. Studierna som Carels et al. (2007) hänvisar till har varit effektiva men där det funnits problem med ambivalens till livsstilsförändringar bland deltagarna. Med hänvisning till ambivalensen i tidigare studier vill därför Carels et al. (2007) använda MI som extra insats. McDoniel et al. (2009) har kombinerat MI med ett mindre internetbaserat program kallat SMART, Wattanakorn, Deenan, Puapan och Kraenzle Schneider (2013) har kombinerat MI med ”self-regulation” i programmet EBMP, Smith West et al. (2007) kombinerade ett stort beteendefokuserat program med MI och Carels et al. (2007) kombinerade programmet LEARN med MI.

McDoniel et al. (2009) säger att effektiva lösningar är nödvändiga för att stoppa ökningen av fetma och samsjukligheten med fetma och har därför i sin studie undersökt MI i kombination med ett webb-baserat viktnedgångsprogram kallat SMART. Programmet SMART innebär att deltagarna får individuella kostplaner utifrån sin vilometabolism (RMR), arbete, sömn och fysisk aktivitet. Det ingår även att de får ett internetbaserat program för att fylla i kost och träning. Alla deltagare i studien fick nyhetsbrev en gång i veckan från vecka fyra och två MI-samtal. Interventionsgruppen fick använda SMART. Kontrollgruppen fick en standardkostplan, föra kostdagbok och anteckna mängd fysisk aktivitet. Studien pågick i 12 veckor. Mätvärdena visade signifikant viktnedgång hos båda grupperna. Även det systoliska blodtrycket minskade signifikant hos båda grupperna. Det fanns ingen signifikant skillnad vid jämförelse av skillnader mellan grupperna i viktnedgång och minskning av det systoliska blodtrycket. McDoniel et al. (2009) fann också att deltagarna från båda grupperna fick en signifikant attitydförbättring kring sin vikt efter 12 veckor. Även tilltron till förmåga att kontrollera sitt beteende och att kunna påverka sin vikt ökade signifikant. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna i attityd, beteendekontroll eller viktpåverkan.

Wattanakorn et al. (2013) studerade personer med typ 2-diabetes och fetma. De säger att fetma är en stor riskfaktor vid typ 2-diabetes och menar därför att viktnedgång eller att bibehålla vikt bör vara grundstenar i diabetesbehandling. MI användes eftersom att det tidigare haft effekt på kostbeteenden och kombineras med "Self-regulation" (SR) som haft effekt på att bibehålla hälsosamma livsstilsförändringar. Wattanakorn et al. (2013) jämförde en kontrollgrupp som fick vanlig hälsoutbildning med en interventionsgrupp som fick delta i ett program kallat EBMP med fokus på att förändra beteenden kring kost. I EBMP ingick fyra samtal med MI och SR. Alla deltagare fick en handbok om beteendemodifikation och material om kost och att förändra kostmönster. Wattanakorn et al. (2013) visade i studien att interventionsgruppen hade förbättrat sin kognitiva och emotionella syn på sjukdomen, bättre beteende kring kost, lägre BMI, lägre procent kroppsfett, mindre midjeomfång och lägre blodsockernivåer. Alla ovanstående förändringar hos interventionsgruppen var signifikant bättre i jämförelse med kontrollgruppen.

Smith West et al. (2007) som undersökt viktnedgång hos kvinnor med typ 2-diabetes och övervikt säger att viktnedgång kan ha positiva effekter på hälsa hos personer med typ 2-diabetes. De säger att förbättring av fetmabehandling är en forskningsprioritet inom patientgruppen och vill därför testa att kombinera MI med ett viktnedgångsprogram för kvinnor med typ 2-diabetes. Smith West (2007) lät i sin studie alla deltagare delta i ett beteendefokuserat viktnedgångsprogram över 18 månader med 42 träffar. Under träffarna i programmet fokuserade gruppen på uppnåeliga och hållbara förändringar att göra kring kost och fysiska aktivitetsvanor. En interventionsgrupp fick MI fem gånger som tillägg till viktnedgångsprogrammet och kontrollgruppen fick samtal i form av "uppmärksamhetsplacebo" bestående av personcentrerad individuell hälsoutbildning. Kontrollgruppens individuella utbildning motsvarade tidsåtgången för MI-samtalen. Både kontroll- och interventionsgruppen tappade signifikant vikt från studiens start men deltagarna i interventionsgruppen hade tappat signifikant mer vikt i jämförelse med kontrollgruppen.

Efter 12 månader började interventionsgruppen gå upp lite i vikt men för kontrollgruppen började viktuppgången vid 6 månader. Glykemisk kontroll förbättrades också hos alla studiedeltagare men var signifikant bättre hos interventionsgruppen.

Carels et al. (2007) säger att fetmaepidemin mycket troligt kommer att kräva stora och dyra insatser och tittar därför på metoder där extra behandling, i detta fall MI, endast används vid behov. De lät alla studiedeltagare delta i vikttnedgångsprogrammet LEARN. I Programmet LEARN får deltagare arbeta stegvis under 20 träffar med vikttnedgång, att öka fysisk aktivitet och att minska intag av fett och energi. Carels et al. (2007) jämförde en kontrollgrupp som endast fick LEARN med en interventionsgrupp som deltog i LEARN och fick MI insatt när de inte nådde uppsatta vikttnedgångsmål. Interventionsgruppen följer så kallad "stepped care". I både kontroll- och interventionsgruppen fann Carels et al. (2007) signifikant minskad vikt, minskat dagligt kaloriintag, minskat antal procent av dagligt energiintag som kom från fett, ökat syreupptagningsförmåga (VO₂-max) och ökat antal procent av det dagliga kaloriintaget som kom från protein. Skillnad mellan grupperna kunde endast visas för totalt antal minuter spenderade på fysisk aktivitet där interventionsgruppen lyckats bättre.

Carels et al. (2007) gjorde även en jämförelse mellan deltagarna i varje grupp som inte uppnådde sina vikttnedgångsmål. De fann då signifikant minskning av kroppsvikt, kaloriintag och antal procent av dagliga energiintaget som var från fett hos både kontroll- och interventionsgruppen. De fann även ökning av VO₂-max och antal procent av dagligt kaloriintag som var från protein. Interventionsdeltagare tappade i denna jämförelse mer vikt och genomförde fler minuter fysisk aktivitet än kontrollgruppen.

MI med hjälp av informations- och kommunikationsteknologi

Ett flertal studier använder informations- och kommunikationsteknologi för att nå ut till sina deltagare. Ett vanligt förekommande tema är att använda telefonkontakt för att utöva MI på deltagarna. Telefonkontakt används i Groeneveld et al.(2011), Simpson et al. (2015), Pearson, Irwin, Morrow, Battram och Melling (2009) och Bennett et al. (2005) med varierande antal samtal och samtalslängd. Ett annat sätt att nå ut till deltagarna var över internet. Då i form av mail innehållande MI (Bennett et al., 2005) eller för att kunna hålla gruppmöten online (Webber, Tate & Quintiliani, 2008). McDoniel et al. (2009) skriver att det skulle vara kostnadseffektivt att kombinera MI med nyhetsbrev som mailas ut till vuxna med fetma.

Med telefonkontakt

När MI utövas över telefon blir det både kostnadseffektivt och tillgängligt för ett större antal personer (Pearson et al., 2009). I de olika studierna varierade samtalslängden mellan 10 - 60 min. Antalet samtal varierar mellan 2 - 12 stycken i de olika studierna. Både Groeneveld et al. (2005) och Simpson et al. (2015) har i sina studier börjat med att ha MI-samtal där utövaren och deltagaren träffats för att sedan övergå till att ha MI-samtal över telefon. Pearson et al. (2009) och Bennett et al. (2005) har istället valt att direkt starta med MI-samtal över telefon och har behållit detta koncept genom hela studien. En annan skillnad som kan ses är vem det är som ringer upp. I Pearson et al. (2009) får deltagarna själva ringa upp till utövaren för att

ha sitt MI-samtal medan Bennett et al. (2005) och Simpson et al. (2015) har valt att deltagarna blir uppringda av sin utövare för MI-samtalen. Groeneveld et al. (2005) har inte specificerat vem det är som blir uppringd i sin studie.

Bennett et al. (2005) har i sin studie deltagare från 60 år som var diagnostiserade med olika kronisk sjukdom. Åldersgränsen skiljer sig åt mot de andra studierna som använt telefonkontakt där den nedre åldersgränsen varit 18 år. I Bennett et al. (2005) har interventionsdeltagarna fått ett inledande MI-samtal med en sjuksköterska för att sätta upp mål och därefter fortsatt kontakt med MI via telefon eller mejl under sex månader. Det nämns ingen anledning i studien till varför de valt att använda telefon och mejlkontakt istället för att fortsätta att träffa deltagarna. Deltagarna i kontrollgruppen fick fortsätta med sin vanliga vård. Alla deltagare fick nyhetsbrev varje kvartal om åldrande och hälsa och bjöds varannan månad in till sociala event med föreläsningar om hälsosamt åldrande. Även Groeneveld et al. (2011) har valt att ge deltagarna i interventionsgruppen information som berör hälsa. Sex månader efter studiens start visades en signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande kostvanor. Bennett et al. (2005) såg att deltagare, 60-74 år, hade minskad ångest, mindre sociala begränsningar och mindre sjukdomsintrång på livet.

En annan studie som istället har inkluderat deltagare från 18 - 70 år är Simpson et al. (2015). De har i sin studie jämfört tre grupper; intensiv intervention, mindre intensiv intervention och kontrollgrupp för att se hur MI kan användas för att behålla vikt nedgång. Simpson et al. (2015) ville undersöka effektiviteten och genomförbarheten av MI-samtal över telefon och valde att ha med det på grund av kostnadseffektivitet. Deltagare i den intensiva interventionen fick under tre månader MI (60 min) sex gånger och därefter MI över telefon (20 min) en gång i månaden följande nio månader. Den mindre intensiva interventionsgruppen fick MI (60 min) två gånger under första månaden och därefter MI över telefon (20 min) vid sex och tolv månader. Kontrollgruppen fick en broschyr om hälsosam kost och livsstil. De signifikanta skillnader Simpson et al. (2015) kunde visa var att den intensiva interventionsgruppen hade lägre fettintag och minskade hetsätning.

Till skillnad från Simpson et al. (2015) som inkluderar män och kvinnor har Groeneveld et al. (2011) valt att endast inkludera män i sin studie. Groeneveld et al. (2011) har utvärderat effekterna av MI hos män inom byggbranschen med risk för kardiovaskulära sjukdomar. Alla deltagare fick broschyrer med information om fysisk aktivitet, hälsosam kost, rökavvänjning och kardiovaskulära sjukdomar. Interventionsgruppen fick MI både med utövaren fysiskt närvarande, tre gånger 45-60 min, och över telefon, fyra gånger 15-30 min. Även Simpson et al. (2015) lät deltagarna först träffa utövaren för att sedan övergå till att ha MI-samtal över telefon. Kontrollgruppen i Groeneveld et al. (2011) studie fick vanlig vård i förhållande till sitt hälsotillstånd. Efter sex månader hade deltagarna i interventionsgruppen minskat sitt intag av snacks och ökat sitt intag av frukt signifikant mer än de i kontrollgruppen och behöll förändringen efter 12 månader. Även Simpson et al. (2011) och Pearson et al. (2009) kunde påvisa olika signifikanta kostförbättringar. Groeneveld et al. (2011) fann ingen signifikant skillnad för tid spenderad på fysisk aktivitet mellan grupperna.

Pearson et al. (2012) har i sin studie jämfört två metoders effektivitet när de genomförs över telefon. De lät hälften av deltagarna få MI via telefon en gång i veckan under 12 veckor. Den andra hälften av deltagarna fick följa ett viktnedgångsprogram (LEARN). LEARN innebar att de en gång per vecka fick 30–45-minuterslektioner över telefon om att ändra tankemönster kring hälsorelaterade beteenden. LEARN och MI valdes som tillvägagångssätt för att Pearson et al. (2012) ville se eventuella skillnader i en interaktiv och normativ metod för viktnedgång. I resultatet framgår det att de deltagare som fått följa LEARN hade tappat signifikant mer i vikt och behöll viktnedgången efter sex månaders tid. Deltagarna som fått MI hade däremot minskat sitt kaloriintag signifikant mer än gruppen som fick LEARN. Deltagarna som fått MI fick även ökat självförtroende, motivation och självmedvetenhet och ansåg att MI var en bra metod.

Över internet

I dagens samhälle är tillgången till internet stor. Genom att använda internet går det att nå ut till en större del av befolkningen och på så sätt hjälpa flera. Webber et al. (2008) använder gruppmöten online för att utvärdera om detta är en accepterad metod hos deltagarna och om det faktiskt fungerar. Bennett et al. (2005) använde internet genom att hålla MI-samtal över mejl för att ge deltagarna flera alternativ på hur de ville ta emot sina MI-samtal, antingen genom telefon eller mejl.

Webber et al. (2008) testade i en pilotstudie att använda MI för viktnedgång via onlinemöten i grupp. De ville se om det gick att genomföra MI i grupp över nätet och om det accepterades av deltagarna. Studiedeltagarna delades in i grupper och hade under åtta veckor två stycken gruppdiskussioner på en timme vardera. Den ena gruppen hade även värdediskussioner under onlinemötena. Alla deltagare fick ett mail i veckan med en lektion om beteende vid viktnedgång. I studien kunde Webber et al. (2008) visa att högre grad inre motivation innebar större viktnedgång, att deltagarna ökade antalet självmotiverande uttalanden samt att 84 % kunde tänka sig att delta i ett sådant program igen. Några få deltagare tyckte att det var obekvämt att diskutera i grupp medan majoriteten såg mötena som ett stort stöd. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid mätning av viktnedgång, gruppsammanhållning eller individuell inre motivation. Båda grupperna var likvärdigt effektiva.

Bennett et al. (2005) har i sin studie låtit deltagarna välja om de vill ha MI via mejl eller över telefon. I deras resultat ses att åldersgruppen 60-74 år fick förbättrad psykisk hälsa, vilket även kan ses i Webber et al. (2008) studie. Det var endast deltagare upp till 74 år i Bennett et al. (2005) studie som detta var statistiskt signifikant på medan i Webber et al. (2008) studie var resultatet statistiskt signifikant för alla deltagare.

Metoddiskussion

För uppsatsen valdes studiedesignen litteraturöversikt. Valet av design påverkades dels av institutionens rekommendation men också av den tidsbegränsning som råder.

Litteraturöversikt ansågs även vara en bra design för att undersöka syftet då litteraturöversikten kunde ge en överblick över hur MI kan användas kliniskt och MI:s effektivitet vid övervikt och fetma.

Vid inledande översiktliga sökningar upptäcktes att många artiklar om MI vid övervikt och fetma behandlar barn. På grund av ett intresse för hur MI används på vuxna valdes begränsningen vuxna (+19 år). Trots denna begränsning inkluderade flera artiklar deltagare från 18 år. Studierna inkluderades eftersom det inte gör någon skillnad för resultatet. Om barn hade inkluderats antas att ett annat resultat hade framkommit eftersom barns kognitiva förmåga inte är fullt utvecklad. Ingen geografisk begränsning gjordes vilket resulterade i artiklar från flera olika världsdelar. Detta bidrar till ett bredare perspektiv på MI:s effekt för olika kulturer. Negativt med att ha artiklar från olika kulturer skulle kunna vara att artiklarnas resultat kan vara svårt att generalisera till svenska förhållanden. Ingen tidsbegränsning gjordes vid sökningen eftersom artikelutbudet redan är begränsat. Den äldsta artikeln är 11 år men eftersom metoden MI har varit densamma inkluderades artiklar från 2005 och framåt. Det är möjligt att samhällsliga förändringar som skett under 11 år kan påverka hur effektivt eller användbart MI är. Även om artikelutbudet för området var begränsat fanns ett tillfredsställande antal relevanta artiklar av god kvalitet i Cinahl och PubMed för att kunna undersöka uppsatsen syfte. Därför gjordes inte sökningar i fler databaser. Det kan ha påverkat resultatet eftersom artiklar med andra metoder och resultat kan ha missats. De artiklar som slutligen inkluderades i resultatet använder kvantitativ metod utom två som använder mixad metod. Det fanns inget aktivt val att exkludera kvalitativa artiklar men det var resultatet av sökningarna. I andra databaser eller om andra sökordet ansetts lämpliga kunde eventuellt kvalitativa artiklar ha hittats.

Artiklarna granskades enligt SBU:s granskningsmallar eftersom att SBU är en statlig myndighet med vana att göra oberoende utredningar inom hälso- och sjukvården. Även om granskningsmallarnas kvalitet är hög finns risk för felbedömning av artiklarnas kvalitet beroende på den mänskliga faktorn då det ytterst är en subjektiv bedömning som görs. Eftersom metoderna varierade stort mellan artiklarna var det svårt att jämföra artiklarna som likvärdiga. Det var svårt att avgöra om likheter och skillnader i resultat berodde på hur MI använts eller andra faktorer som exempelvis kombination med viktnedskrivningsprogram. På grund av variationen av metoder var det också svårt att finna täckande teman för artiklarnas innehåll. Trots detta anses resultatet av denna uppsats kan vara användbart eftersom många artiklar utvärderade samma variabler (ex vikt, kost, BMI etc.) och det fanns liknande mönster i resultaten hos artiklarna.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskan kan använda motiverande samtal för att främja hälsosamma livsstilsförändringar hos vuxna med övervikt eller fetma. I resultatet framkom fyra olika sätt att arbeta med MI; i kombination med information, i kombination med viktningsprogram, via telefon och över internet. Det verkar finnas olika styrkor och svagheter i varje arbetssätt vilket kommer att beskrivas och diskuteras nedan. Det framkom även att empati är en viktig del av MI.

Påverkan på kost

Återkommande i artiklarna är kostförändringar av olika slag till följd av MI. Ett vanligt förekommande signifikant resultat hos deltagarna som fått MI över telefon i olika studier är kostförändringar (Groeneveld et al., 2011; Pearson et al., 2012 och Simpson et al., 2015). Även studier som har kombinerat MI med information har fått resultat som visar positiva kostförändringar (Penn et al., 2009 och Cox et al., 2011). Vid kombination av MI och viktningsprogram har Wattanakorn et al. (2013) och Carels et al. (2007) kunnat visa förbättringar av kosten hos deltagarna.

Exempel på förbättringar av kosten har varit minskat kaloriintag (Pearson et al., 2012 och Carels et al., 2007), minskat antal procent av energiintaget som kommer från fett (Pearson et al., 2009; Simpson et al., 2015; Carels et al., 2007, Penn et al., 2009 och Cox et al., 2011) och ökat intag av frukt samt minskat intag av snacks (Groeneveld et al., 2011). Rubak et al. (2005) fann i sin metaanalys över MI att MI kan bidra till att sänka kolesterolnivåerna i blodet och minska BMI. Det överensstämmer med vårt resultat att MI kan bidra till ändrade kostvanor.

Eftersom att många studier kommer fram till att MI kan påverka kost och beteenden kring kost (Groeneveld et al., 2011; Pearson et al., 2009; Simpson et al., 2015; Penn et al., 2009; Cox et al., 2011; Wattanakorn et al., 2013 och Carels et al. 2007) verkar MI vara en bra metod vid kostförändring. Eftersom att endast Carels et al. (2007) och Hardcastle et al. (2013) har kunnat visa förändring av fysisk aktivitet är det möjligt att MI inte är lika effektivt när personer behöver ändra beteende kring fysisk aktivitet. Att MI är mer effektivt för kostförändringar än fysisk aktivitet skulle kunna bero på att personer redan är välinformerade om vilken kost som är bra och vad som ska undvikas. Kring fysisk aktivitet finns möjligtvis ett större informationsglapp som kan göra det svårare att påbörja förändring. Morton et al. (2014) har i sin översiktsartikel inte heller funnit att MI haft signifikant inverkan på fysisk aktivitet. Det skulle kunna betyda att MI inte är den mest effektiva metoden vid förändring av fysisk aktivitet.

Riskgrupper

MI är effektivt för kostförändringar men verkar också enligt studier av Penn et al. (2009), Smith West et al. (2007) och Wattanakorn et al. (2013) vara effektivt som förebyggande åtgärd eller vid behandling av typ 2-diabetes. Penn et al. (2009) kunde i sin studie visa 55 % mindre risk att insjukna i typ 2-diabetes hos deltagarna i interventionsgruppen.

Interventionsdeltagare som behöll förändringen över två år hade mindre risk att drabbas av typ 2-diabetes. Smith West et al. (2007) och Wattanakorn et al. (2013) har i sina studier visat sänkta blodsockernivåer hos deltagarna efter genomförd intervention. Penn et al. (2009), Smith West et al. (2007) och Wattanakorn et al. (2013) har alla kunnat se viktnedgång hos deltagarna. I Wattanakorn et al. (2013) studie har interventionsdeltagarna fått bättre emotionell syn på sjukdomen. Den förbättrade emotionella synen på sjukdomen skulle kunna bero på att Wattanakorn et al. (2013) har använt empowerment som en del av sitt program.

Groeneveld et al. (2011) och Hardcastle et al. (2013) har i sina studier undersökt personer med risk för kardiovaskulära sjukdomar. Hardcastle et al. (2013) kunde påvisa ett flertal positiva förändringar bland deltagarna, bland annat sänkt diastoliskt blodtryck, minskade kolesterolnivåer och ökat antal promenader. Groeneveld et al. (2011) har endast visat att deltagarna ökade fruktintag och minskade snacksintaget. Det är därför svårt att dra några slutsatser kring huruvida MI skulle kunna fungera extra bra som metod hos denna riskgrupp i den här uppsatsen.

MI och vårdrelationen

Deltagare i Pearson et al. (2012) som fick MI ansåg att interaktionen vid MI främjade det personliga ansvaret för beslutsfattande och ledde till motivation. Interaktionen gav även stärkt självförtroende och ökade medvetenheten. Deltagarna som istället fick LEARN, ett program utan interaktion, saknade interaktion och önskade ett mer personligt anpassat program. Vid interaktion skapas en relation som är mycket viktig för MI som metod (Butler et al., 2010). Vi anser därför att MI kräver att man samtidigt skapar en god vårdrelation. En god vårdrelation bygger på empati (Wiklund, 2005) som även är en viktig del av MI (Butler, Miller & Rollnick 2010). Cox et al. (2011) har i sin studie kunnat visa att empati och användning av MI av vårdgivaren ökar vårdtagares förtroende till att kunna förändra sina kostvanor vilket stärker vårt resonemang. I likhet med Cox et al. (2011) beskriver Butler et al. (2010) i en av de fyra vägledande principerna inom MI, att lyssna på personen, att empati är en viktig del samt att utövaren har ett empatiskt intresse. Vi anser att detta är en viktig del av utförandet av MI och krävs för att skapa en god vårdrelation. Butler et al. (2010) betonar även vikten av att använda empowerment vid MI. Wattanakorn (2013) har i sin studie under ett av mötena fokuserat på empowerment för att behålla goda beteendemönster och stödja deltagarnas självtillit och har i studien fått lovande resultat. Även detta stärker sambandet mellan MI och goda vårdrelationer.

Hur MI kan användas

Eftersom att artiklarna i den här uppsatsen använder många olika metoder och kombinerar MI på olika sätt är det svårt att dra slutsatser om hur sjuksköterskan på bästa sätt kan använda MI. Att ha MI över telefon är kostnadseffektivt (Pearson et al., 2009) och deltagare i Webber et al. (2008) kände sig bekväma med att använda MI över internet i gruppdiskussioner. Deltagarna i Pearson et al. (2012) studie var nöjda med att ha MI över telefon. Detta pekar på att MI inte behöver ske i fysisk närvaro för att vara uppskattat och effektivt. Dock tror vi att

telefonkontakt kan försvåra möjligheten att uttrycka empati. Telefonkontakt omöjliggör fysisk beröring och kan vara ett hinder för psykisk beröring vilket kan leda till att det blir svårare att skapa en stark vårdrelation. Wiklund (2005) beskriver beröringen som en viktig del av vårdrelationer och betonar vikten av empati.

Bennett et al. (2005) har endast fått fram signifikant resultat hos de "yngre" deltagarna (60-74 år). Det kan ha att göra med att äldre, från 74 år, inte har vana vid att använda datorer och telefon. Vid jämförelse med Webber et al. (2008) har deltagarna varit nöjda med att ha kontakt över internet. Jämförelsen mellan Bennett et al. (2005) och Webber et al. (2008) kan antyda att det är bättre för den yngre befolkningen att använda internet och telefon medan det är att föredra att ha utövaren fysisk närvarande för äldre. Kommunikation över telefon och internet begränsar kommunikationsmöjligheterna och därför skulle det kunna innebära att möjligheten att dela lidandeberättelsen begränsas. Vi tror därför att samtalet om lidandeberättelsen blir bättre om vårdgivaren är fysisk närvarande vilket talar emot MI över telefon och internet. Sen artiklarna skrevs har kommunikationsteknologin utvecklats och idag skulle ett alternativ kunna vara att ha MI via videosamtal. Videosamtal skulle kunna bidra med personlig kontakt utan fysisk närvaro.

I Pearson et al. (2012) går gruppen som får LEARN, ett lektionsbaserat viktnedgångsprogram, ned mer i vikt än gruppen som får MI medan MI-gruppen förbättrar kosten. Det skulle kunna bero på att MI kan innebära en mer långsiktig hållbar förändring som inte ger resultat på vikten lika snabbt. LEARN däremot verkar vara ett effektivt program över några veckor för en snabbstart som eventuellt inte resulterar i hållbara förändringar för många. Pearson et al. (2012) skriver i sin slutsats att MI och LEARN båda har unika egenskaper som framöver bör kombineras utifrån personens behov. Våra tankar kring detta är att MI främjar motivationen medan LEARN bidrar med kunskaper kring viktning. Det skulle kunna innebära att personen både blir motiverad och förses med olika "verktyg" som krävs för att göra en förändring. Wattanakorn et al. (2013) menar att MI är en bra metod att bygga ett viktnedgångsprogram på för att förbättra hälsobeteenden och psykisk hälsa.

När MI kombineras med antingen information eller ett viktnedgångsprogram har det fått flertal positiva effekter för deltagarna (Hardcastle et al., 2013; Groeneveld et al., 2011; Bennett et al., 2005; Penn et al., 2009; Cox et al., 2011; Wattanakorn et al., 2013; Smith West et al., 2007 och Carels et al., 2007). Vid endast information kombinerat med MI fann vi inga samband i resultatet. Gemensamt för studier som kombinerar MI med viktnedgångsprogram (Wattanakorn et al., 2013; Smith West et al., 2007 och Carels et al., 2007) är att deltagarna förbättras inom många olika områden. Även om alla deltagare har genomgått en förändring har interventionsdeltagarna genomgått en signifikant större förändring. Men i McDoniel et al. (2009) studie finns ingen signifikant skillnad mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen. Därför är det relevant att överväga om ett viktnedgångsprogram alltid är ett effektivt tillägg eller bara blir onödigt resurskrävande.

Slutsats

Det finns många olika sätt att använda MI. MI kan kombineras med information eller viktminskningsprogram. MI kan även genomföras via telefon eller över internet. Att kombinera MI med information tycks ge ett spritt resultat. MI kombinerat med viktminskningsprogram har visats ha effekter på många olika hälsoparametrar. När MI används över telefon är fördelen kostnadseffektiviteten och att sjuksköterskan kan nå ut till ett större antal personer. Nackdelen kan vara att vårdtagaren går miste om den personliga kontakt som sker vid ett möte och är en viktig grund i MI och vårdrelationer. Empati verkar vara centralt och därför är det viktigt att sjuksköterskan oavsett metod hela tiden beaktar vårdrelationen med vårdtagaren.

När MI används i kombination med andra insatser får det ofta positiva resultat på BMI och kost. Vid behandling av och förebyggande åtgärder mot typ 2-diabetes verkar MI vara en användbar metod. MI verkar också vara bra att använda vid kostförändring för vårdtagare med övervikt eller fetma.

Implikationer för vården

Vårt förslag till vården är att utnyttja telefon och internet när MI utövas för ett mer kostnads- och tidseffektivt arbete. Vid telefon- eller internetkontakt anser vi att det är bra att inleda med ett möte med vårdtagaren för att bygga upp en vårdrelation som är en viktig grund i MI. Vi föreslår att sjuksköterskor, eftersom att sjuksköterskor redan jobbar med vårdrelationer, får ansvar för att utöva MI i vården. Genom att inkorporera MI i sjuksköterskeutbildningen kan MI bli till en naturlig del i sjuksköterskans vardag.

MI skulle kunna vara ett tillägg till icke medicinska eller kirurgiska behandlingar för att utveckla effektiviteten hos dessa. Genom att arbeta i team med personer som har övervikt eller fetma kan alla professioner bidra med sin kunskap. Läkare kan bidra med information kring risker, sjuksköterskor med MI, fysioterapeuter med information om fysisk aktivitet och dietister med information kring kost.

Förslag till vidare forskning

Forskning relaterad till att utöva MI handlar till stor del om att använda MI för andra områden än övervikt och fetma. Det finns ett forskningsglapp kring MI vid övervikt och fetma hos vuxna, hur det bäst används och vilka långtidseffekter MI kan ge. Vi föreslår därför vidare forskning på effekter av endast MI utan andra insatser för att kunna utvärdera vad som ger effekt. Det är även viktigt att utforska om och hur olika metoder att utöva MI påverkar vårdrelationen för att utveckla sjuksköterskans arbete med MI. Vidare är det även önskvärt med mer forskning kring MI vid övervikt och fetma hos personer utan kronisk sjukdom för att se om MI är tillämpligt på alla.

Referenslista

- Bennett, J.A., Perrin, N.A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., Flahert-Robb, M., ... Potempa, K. (2005). Healthy Aging Demonstration Project: Nurse Coaching for Behavior Change in Older Adults. *Research in Nursing & Health*, 28(3), 187-197. doi: 10.1002/nur.20077
- Berg, G.V., & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 384-391.
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). Care relation: trying to clarify the use of the concept. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies/Vård I Norden*, 27(4), 14-19.
- Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., ... Versland, A. (2007). Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: A Stepped-Care Approach. *Health Psychology*, 26(3), 369 - 374. doi: 10.1037/0278-6133.26.3.369
- Cox, M. E., Yancy, W. S., Coffman, C. J., Ostbye, T., Tulskey, J. A., Alexander, S.C., ... Pollak K. I. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 363-368. doi: 10.1016/j.pec.2011.01.024
- Elfhag, K. (2007). Sociala och psykologiska aspekter. I A-K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: Från gen till samhällspåverkan* (s. 213-223). Lund: Studentlitteratur.
- FASS. (2016a). *Xenical*. Hämtad 2016-11-04, från <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19980729000018>
- FASS. (2016b). *Alli*. Hämtad 2016-11-04, från <http://www.fass.se/LIF/product?nplId=20071025000034&userType=0>
- Farbring, C. Å. (2014). *Handbok i motiverande samtal - MI : teori, praktik och implementering : samtalsguider, övningar, coachningsprotokoll*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Groeneveld, I.F., Proper, K.I., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., & van Mechelen, W. (2011). Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11:836. doi: 10.1186/1471-2458-11-836
- Hardcastle, S.J., Taylor, A.H., Bailey, M.P., Harley, R.A., & Hagger, M.S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10:40. doi: 10.1186/1479-5868-10-40.

- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014) Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s.378-380). Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden. (2002). *Handlingsprogram övervikt/fetma*. Stockholm: Alloffset.
- Karolinska institutet. (2013a). *Cinahl: Om Cinahl*. Hämtad 2016-11-04, från <https://pingpong.ki.se/public/courseId/3189/lang-sv/publicPage.do?item=2596240>
- Karolinska institutet. (2013b). *Databaser: Om PubMed*. Hämtad 2016-11-04, från <https://pingpong.ki.se/public/courseId/3189/lang-sv/publicPage.do?item=2596253>
- Lilja, M., Eliasson, M., Stegmayr, B., Olsson, T., & Söderberg, S. (2008). Trends in obesity and its distribution: Data from the Northern Sweden MONICA survey, 1986-2004. *Obesity: A research journal*, 16(5), 1120-1128. doi: 10.1038/oby.2008.8
- Läkemedelsverket. (2015). *Läkemedelsboken - Övervikt och fetma*. Hämtad 2016-11-04, från https://lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/overvikt_och_fetma.html
- Lönnqvist, F. (2007). Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. I A-K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: Från gen till samhällspåverkan* (s. 21-43). Lund: Studentlitteratur.
- McDoniel, S.O., Wolskee, P., & Shen, J. (2010). Treating obesity with a novel hand-held device, computer software program, and Internet technology in primary care: The SMART motivational trial. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 185-191. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.034.
- Morton, K., Beauchamp, M., Prothero, A., Joyce, L., Saunders, L., Spencer-Bowdage, S., ... Pedlar, C. (2014). The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychology Review*, 9(2), 205-223. doi: 10.1080/17437199.2014.882006
- Nordiska ministerrådet. (2012). *Nordiska näringsrekommendationer*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Penn, L., White, M., Oldroyd, J., Walker, M., Alberti, K.G., & Mathers, J.C. (2009). Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*, 9:342. doi: 10.1186/1471-2458-9-342
- Pearson, E.S., Irwin, J.D., Morrow, D., Battam, D.S., & Melling, C.W. (2013). The CHANGE program: comparing an interactive vs. prescriptive approach to self-management among university students with obesity. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(1), 4-11. doi: 10.1016/j.jcjd.2012.12.002
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Rubak, s., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.

- Rössner, S. (2007). Prevention av fetma. I A-K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: Från gen till samhällspåverkan* (s. 371-378). Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2003). Vad hjälper mot fetma? Hämtad 2016-10-06, från: http://www.sbu.se/contentassets/e50e3ce2c6dc47f1aa359b01605a4f60/vad_hjalper_fetma_fragor_svar_2003.pdf
- SBU. (2014a). Ovisst om motiverande samtal påverkar vuxnas kost och motion. Hämtad 2016-10-06 från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/ovisst-om-motiverande-samtal-paverkar-vuxnas-kost-och-motion/>
- SBU. (2014b). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser. Hämtad 2016-11-15 från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- SBU. (2014c). Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier. Hämtad 2016-11-15 från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf
- SFS 1997:142. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2014:822. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (u.å.) *MI (Motiverande samtal)*. Hämtad 2016-10-10, från: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>
- Sullivan, M., Karlsson, J., & Rydén, A. (2007). Livskvalitetsmätningar. I A-K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: Från gen till samhällspåverkan* (s. 203-211). Lund: Studentlitteratur.
- Simpson, S.A., McNamara, R., Shaw, C., Kelson, M., Moriarty, Y., Randell, E., ... Hood, K. (2015). A feasibility randomised controlled trial of a motivational interviewing-based intervention for weight loss maintenance in adults. *Health Technology Assessment*, 19(50), 19-25. doi: 10.3310/hta19500
- Smith West, D., Dillillo, V., Bursac, Z., Gore, S., & Greene, P. (2007). Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30(5), 1081-1087. doi:10.2337/dc06-1966.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbetet*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: åtta45
- Vårdguiden 1177. (2014a). *Fetma*. Hämtad 2016-10-24 från: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/>
- Vårdguiden 1177. (2014b). *Gastric bypass - fetmaoperation*. Hämtad 2016-11-04, från: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Gastric-bypass/>

Västra Götalandsregionen. (2008). Handlingsprogram mot övervikt och fetma. Hämtad 2016-10-06, från:

<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/rapporter/Handlingsprogram%20mot%20%C3%B6vervikt%20och%20fetma.pdf>

Wattanakorn, K., Deenan, A., Puapan, S., & Kraenzle Schneider, J. (2013). Effects of an Eating Behaviour Modification Program on Thai People with Diabetes and Obesity: A Randomised Clinical Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 356-370.

Webber, K. H., Tate, D., & Quintiliani, L. M. (2008). Motivational Interviewing in Internet Groups: A Pilot Study for Weight Loss. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 1029-1032. doi: 10.1016/j.jada.2008.03.005

WHO. (1984) *Health promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2006). *Constitution of the world health organization*. New York: International health conference.

WHO. (2016). *Obesity and overweight*. Hämtad 2016-10-06, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wiklund, L. (2005). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilagor

Bilaga 1

Söktabell Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
13/10 2016	Motivational interviewing AND obesity AND nurs*	Adult: 19+ years	11	3	3	0
13/10 2016	“Motivational interviewing” AND overweight AND nurs*	Adult: 19+ years	13	3	3	Groeneveld et al. (2011)
13/10 2016	“Motivational interviewing” AND primary health care AND obesity	Adult: 19+ years	38	8	8	Simpson et al. (2015); Pearson et al. (2013); Hardcastle et al. (2013); Penn et al. (2009); McDoniel et al. (2010)
13/10 2016	“Motivational interviewing” AND primary health care AND overweight	Adult: 19+ years	41	1	1	0
18/10 2016	“motivational interviewing” AND obesity AND trust	Adult: 19+ years	2	0	0	0
18/10	“Motivational interviewing” AND overweight AND trust	Adult: 19+ years	2	0	0	0
18/10	“Motivational interviewing” AND communication AND nurs*	Adult: 19+ years	22	5	5	Bennett et al. (2005)

Bilaga 2

Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
13/10 2016	"Motivational interviewing" AND obesity	Peer Reviewed Research article All adult +19	31	3	3	Carels et al. (2007) Smith West et al. (2007)
13/10 2016	"Motivational interviewing" AND nurs* AND Overweight	Peer Reviewed Research article	5	0	0	0
13/10 2016	"Motivational interviewing" AND nurs* AND obesity	Peer Reviewed Research article All adult +19	4	1	1	Wattanakorn et al. (2013)
13/10 2016	"Motivational interviewing" AND primary health care AND Overweight	Peer Reviewed Research article All adult +19	8	2	2	Cox et al. (2011)
13/10 2016	"Motivational interviewing" AND weight loss	Peer Reviewed Research article All adult +19	23	1	1	Webber et al. (2008)
18/10 2016	"Motivational interviewing" AND nurs* AND trust	Peer reviewed, research article	4	1	1	
24/10 2016	"Motivational interviewing" AND Overweight	Peer Reviewed Research article All adult +19	11	0		
24/10 2016	"Motivational interviewing" AND primary health care AND obesity	Peer Reviewed Research article All adult +19	8	0		
24/10 2016	"Motivational interviewing" AND overweight AND trust	Peer Reviewed Research article	1	0	0	0

24/10 2016	“motivational interviewing” AND obesity AND trust	Peer Reviewed, Research article	2	1	1	0
24/10	“motivational interviewing” AND communication AND nurs*	Peer Reviewed, Research article, All adult +19	9	0	0	0

Bilaga 3

Artikelmatis

Författare Land, år	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Statistiskt signifikanta resultat	Kvalitet
Groeneveld et al. Nederländerna, 2011	Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial	Att utveckla och utvärdera en livsstilsintervention för byggarbetare med förhöjd risk för kardiovaskulär sjukdom.	12 månader. Alla: Broschyr om fysisk aktivitet, kost, rökavvänjning och kardiovaskulär sjukdom. Intervention: Presentation av och diskussion om nuvarande och tidigare hälsostatus. Valde fokus fysisk aktivitet, diet eller rökning. 3 st MI (45-60 min), 4 st MI-telefon (15-30 min). Kontroll: Vanlig vård utifrån riskprofil. Mätningar: Fysisk aktivitet, kost, rökning, alkoholkonsumtion, BMI	671 st. Inklusion: Män, byggarbetare 18-65 år. Risk för kardiovaskulär sjukdom utifrån Förmåghams riskskala och uppfyllde en av BMI ≥ 30 , HbA1c $\geq 6,5\%$, drack ≥ 35 glas alkohol/v, uppfyller inte nederländska rekommendationer för fysisk aktivitet, klagomål på hjärta eller klagomål på psykisk hälsa. Exklusion: inget.	Interventionsgruppen ökade fruktintag, minskade snacksintag och minskade alkoholintag.	Medelhög
Pearson et al. Kanada, 2012	The CHANGE Program: Comparing an Interactive Vs. Prescriptive Approach to Self-Management among University Students with Obesity	Att bedöma effektiviteten hos två 12-veckors "self-management"-metoder på fetma via telefon; MI och LEARN. Sekundärt: Att undersöka upplevelserna hos deltagarna kvalitativt.	6 månader. Alla: MI: 12 st MI-telefon (45 min), ringde upp själva LEARN: 12 st telefonlektioner efter manus, blev uppringda Mätningar: Kost, vikt, längd, midjemått, lipidprofil under fasta (kolesterol, triglycerider, HDL, LDL), upplevelse av metod	78 st. Inklusion: universitetsstudenter, 18-24 år, BMI ≥ 30 Exklusion: Diabetes typ 1	Alla: minskat intag av kolesterol, sänkta HDL-nivåer MI: minskat kaloriintag mer, minskade antal kalorier från fett LEARN: tappade mer vikt Sekundärt: MI blev motiverade men vissa ville ha mer fakta. Gillade att få mer självförståelse, reflektion, ansvar och förtroende. LEARN gillade faktan men saknade att vara interaktiva och personliga.	Medelhög
Hardcastle et al. Storbritannien	Effectiveness of a motivational	Att undersöka långsiktigt bibehållna effekter av MI på	18 månader. Alla: Broschyr med standardråd om kost och träning	334 st. Inklusion: 18-65 år, uppfylla en av följande	Intervention: promenerade mer, sänkte diastoliskt blodtryck, minskade	Hög

ien, 2013	interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up	viktnedgång, fysisk aktivitet och riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom. Sekundärt: utforska effekten av hur många MI deltagare går på Tertiärt: undersöka effekten av MI för undergrupper med specifik risk för kardiovaskulär sjukdom	Intervention: valfritt antal mellan 1-5 st MI (20-30 min) Kontroll: Vanlig vård. Mätningar: Vikt, längd, blodtryck, kolesterol (fastande) fysisk aktivitet, hur redo deltagare var att förändra fysisk aktivitet, fettintag, frukt- och gröntintag.	riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom: övervikt (BMI \geq 28), hypertoni (\geq 150/90 mmHg), hyperkolesterolemi (\geq 5,2 mmol) Exklusion: inget.	kolesterol, högre nivå av förändring vid 6 mån. De med fetma minskade BMI Kontroll: oförändrat diastoliskt blodtryck, ökade kolesterol, minskade nivå av förändring vid 12 mån, minskade fettintag, ökade BMI Sekundärt: Endast triglycerider påverkades av antal MI-samtal.	
Penn et al. UK, 2009	Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK	Hypotes: Typ 2-diabetes kan förebyggas via en livsstilsintervention	5 år Alla: hälsofrämjande råd enligt standard och enklare broschyrer ang. hälsosam kost och fysisk aktivitet. Intervention: MI regelbundet givet av dietes eller fysioterapeut, gruppövningar i att laga mat, nyhetsbrev varje kvartal ang. hälsofrämjande åtgärder, individuell plan för beteendeförändring, individuella kostråd, individuell plan för fysisk aktivitet, information om möjlighet till träning i deras område samt 80% rabatt på närliggande gym. Kontroll: Vanlig vård Mätningar: Glukostolerans, vikt, längd, midjemått, %-kroppsfett, kostintag, fysisk aktivitet, antropometriska och	102 deltagare Inklusion: \geq 40 år, BMI \geq 25, ökad glukostolerans Exklusion: Diabetes, kronisk sjukdom som förhindrar måttlig fysisk aktivitet, specialkost relaterad till medicin	55% mindre risk att få diabetes i interventionsgruppen. Interventionsgruppen tappade mer vikt första året. De som behöll förändringen i mer än 2 år hade mindre risk för diabetes. De som behöll förändring ändrade sin kost signifikant. Visar att bara lite men hållbar förändring är effektivt. Diabetes påverkas av FA, viktnedgång, minskat matintag, minskat fettintag och ökat fiberintag.	Hög

			biokemiska blod mätningar.			
McDoniel et al. USA, 2009	Treating obesity with a novel hand-held device, computer software program, and Internet technology in primary care: The SMART motivation trial	Att utvärdera den kortsiktiga motiverande effekten av ett teknologibaserat viktminskningspr ogram för med fetma.	12 veckor Alla: MI vecka 4 och 12. Efter vecka fyra mailades information om vikttnedgång med tillhörande övningar ut 1/vecka Intervention:Individ uellt kostprogram (SMART), dataprogram för självmontering av faktorer som påverkar vikttnedgång Kontroll:Standardis erad kostplan, fylla i daglig kost, fysisk aktivitet och kroppsvikt under 30 dagar. Mätningar: Vikt, blodtryck, BMI, längd, motiverande kostruktioner, beteende kontroll och inställning till sin vikt.	111 deltagare Inklusion: BMI ≥ 30, 18-70 år, ej tobaksanvändare , dator i hemmet och tillgång till sin mail minst två gånger per vecka Exklusion: kvinnor som var gravida eller ammade, användning av tabletter i vikttnedgångssyf te, medverkan i annat vikttnedgång	Båda grupperna förlorade vikt, minskade systoliskt arteriellt BT. Signifikant förbättring av alla beteendekonstruktio ner kopplade till motivation hos båda grupperna. Det är effektivt och kostnadseffektivt att kombinera MI med nyhetsbrev.	Medelh ög
Bennett et al. USA, 2005	Healthy Aging Demonstra tion Project: Nurse Coaching for Behavior Change in Older Adults	Att testa genomförbarhete n av sjuksköterskeledd hälsofrämjande vägledning, främst via mail/telefon, och att utvärdera skillnaderna i hälsostatus hos de som fick sjuksköterske vägledning mot kontrollgrupp.	6 månader Alla: Nyhetsbrev varje kvartal och inbjudningar till föreläsningar om hälsosamåldrande Intervention: ett möte innehållande MI där hälsomål sattes sedan telefon eller mailkontakt med MI Kontroll: vanlig vård Mätningar: Hälsostatus, generell hälsa, energi, sociala begränsningar, sjukdomsintrång, health distress, sociala begränsningar, handikapp, smärta, andning och beskrivande variabler.	111 deltagare. Inklusion: 60 år och äldre, diagnoserad med: diabetes, hjärtsjukdom, artrit,lungsjukdo m eller neuromuskulär sjukdom. Exklusion: kognitiv nedsättning, icke engelsktalande.	De i interventionsgruppe n som hade ålder 60 -74 minskade signifikant i ångest, sociala begränsningar och sjukdomsintrång på livet jämfört med kontrollgruppen	Medelh ög

Simpson et al. UK, 2015	A feasibility randomised controlled trial of a motivational interviewing-based intervention for weight loss maintenance in adults	Att bedöma möjligheten, acceptansen, följsamheten och utförandet av en multikomponent-intervention med MI. Även att bedöma nyckel mediatorer i samband med en lyckad förändring.	12 månader Intervention 1: 6 st (60min) MI-samtal första 3 månaderna, 9st (20min) MI-telefonsamtal resterande 9 månader Intervention 2: 2st (60min) MI-samtal första månaden, 2st (20min) MI-telefonsamtal resterande 10 månader Kontroll: Broschyr om hälsosam kost och livsstil. Mätningar: Vikt, längd, midjemått, höftmått, fysisk aktivitet, kost, hälsorelaterade livskvalite, hetsättning, välbefinnande, hälsorelaterat beteende och kvarstående viktnedgång.	170 deltagare Inklusion: 18-70 år, nuvarande eller tidigare BMI \geq 30 och avsiktlig viktnedgång på minst 5% de senaste 12 månaderna Exklusion: Obesitaskirurgi, obotligt sjuka, dålig engelska, lever med annan deltagare, graviditet.	Visade klinisk signifikant minskning av BMI, midjemått och vikt i intensiv, intensiv minskade signifikant fettintag, minskad hetsättning.	Hög
Carels et al. USA, 2007	Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: A Stepped-Care Approach	Hypotesen är att deltagare som deltar i ett viktnedgångsprogram och samtidigt får "stepped care" kommer att uppnå sitt viktnedgångsmål i större utsträckning jämfört med de deltagare som endast medverkar i ett viktnedgångsprogram	6 månader Alla: Viktnedgångsprogram (LEARN), Intervention: "Stepped Care", MI-samtal när önskad viktnedgång inte uppnås, Mätningar: VO2-max, vikt, kost	55 deltagare Inklusion: BMI \geq 30, tränade < 2 gånger/vecka, icke-rökare Exklusion: hjärt-kärlsjukdom, muskel- eller skelettproblem som förhindrar fysisk aktivitet, insulinbehandlad diabetiker eller fasteglukos över 110 mg/dl.	Båda grupperna minskade signifikant i vikt, kaloriintag, fettintag och ökar signifikant i VO2-max och intag av protein. Interventionsgruppen ökade antal minuter spenderad på fysisk aktivitet mer jämfört med kontrollgruppen. När samma kontroller tas på de som misslyckats med att nå sin målvikt har interventionsgruppen lyckats signifikant bättre på alla punkter.	Medelhög
Smith West et al. USA, 2007	Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women	Att undersöka om överviktiga kvinnor med typ 2 diabetes kan tappa mera i vikt och få bättre glykemisk kontroll om MI	18 månader Alla: Program med 42 möten om viktnedgång och att behålla vikt Intervention: 5 st MI á 45 min. Kontroll:	217 deltagarna Inklusion: Typ-2 diabetes som ej är insulinbehandlad, BMI 27-50, allmänt friska, kunde motionera	Alla tappade vikt men interventionsgruppen tappade mer. Alla förbättrade HbA1c men interventionsgruppen blev bättre.	Medelhög

	With Type 2 Diabetes	läggs till när de följer ett viktminskningsprogram.	Personcentrerad individuell hälsoutbildning motsvarande MI i tid och antal som uppmärksamhetsplanerades Mätningar: Vikt, längd, BMI, HbA1c och engagemang i viktminskningsprogrammet	genom promenader Exklusion: Okontrollerad diabetes, hypertoni, systoliskt blodtryck över 140 mmHg, graviditet, nylig signifikant viktnedgång, allvarlig sjukdom.	Interventionsgruppen var mer engagerade i viktminskningsprogrammet.	
Wattanakorn et al. Thailand, 2013	Effects of an Eating Behaviour Modification Program on Thai People with Diabetes and Obesity: A Randomised Clinical Trial	Syftet med studien var att utvärdera ett viktminskningsprogram som är baserat på MI och "självregleringsteori"	13 veckor Alla: Ett möte innehållandes MI, handbok om beteendemodifikation och material om kost och kostförändringar Intervention: Fyra möten de första fyra veckorna, mötet varade i 35-40 min. Kontroll: Hälsoutbildning en gång i månaden under tre månader Mätningar: kognitiv och emotionell syn på sjukdomen, kostbeteenden, fysisk aktivitet, BMI, procentuellt kroppsfett, midjemått och blodsocker.	76 deltagare Inklusion: Diabetes typ 2, BMI ≥ 25 , ingen samsjuklighet, ålder mellan 20-60 år, ingen medverkan i interventionsprogram tidigare, kunde läsa, skriva och förstå thailändska. Exklusion: Graviditet, använde viktminskningsmediciner, hyperglykemi eller plötslig hypoglykemi	Interventionsgruppen hade förbättrat sin syn på sjukdomen, fått ett bättre beteende kring kost, lägre procentuellt kroppsfett, lägre BMI, minskat sitt midjemått och lägre blodsockernivåer.	Hög
Cox et al. USA, 2011	Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic	Att undersöka primärvårdsläkarens användning av rådgivande tekniker vid behandling av patienter med övervikt och fetma. Även att se om dessa tekniker kan ha någon påverkan på diet, fysisk aktivitet och försök till viktnedgång.	3 månader Möten mellan patient och läkare spelades in. Detta skedde vid första träffen och vid återträffen efter 3 månader. Patienterna fick fylla i en enkät efter samtalet. Även läkaren fyllde i en enkät efter samtalet. Mätningar: Patient motivation och patientens självförtroende inför en förändring när det gäller kost, träning och viktnedgång. Kost, fysisk aktivitet,	40 läkare och 426 av deras patienter Inklusion för patienterna: BMI >25 , tillgång till telefon	Resultatet visar att de läkare som hade hög empati lyckades få sina patienter att äta mindre fett och mer fibrer. Visade även att de patienter som haft ett ökat självförtroende, när det kommer till ett bättre matintag, var de patienter vars läkare använt av MI-tekniker.	Medelhög

			försök till viktnedgång.			
Webber et al. USA, 2008	Motivational Interviewing in Internet Groups: A Pilot Study for Weight Loss	Syftet med denna studie var att undersöka genomförbarheten och acceptabiliteten av MI-samtal, inriktat på viktminskning, när det sker online.	8 veckor Intervention: gruppdiskussion online med MI-samtal och värdediskussioner 1 gång/vecka första 2 veckorna, mejl innan dessa samtal innehållande information inför samtalen, mejl varje vecka innehållande beteende kring viktminskning Kontrollgrupp: gruppdiskussion online med MI-samtal 1 gång/vecka första 2 veckorna, mejl innan dessa samtal innehållande information inför samtalen, mejl varje vecka innehållande beteende kring viktminskning Mätningar: Vikt, motivation, gruppssammanhållning, inre motivation, uttalad motivation, acceptans av onlinemöten.	32 deltagare Inklusion: Kvinnor, ålder 22-65 år, BMI ≥ 25 - 40, dator i hemmet med tillgång till internet. Exklusion: ortopediska eller ledproblem som kan förhindra regelbunden motion, inlagd på sjukhus senaste året för psykisk sjukdom, tidigare anorexi eller bulimi, planerar att flytta, diagnoserad cancer de senaste 5 åren, HIV, större psykisk störning, graviditet, nylig större viktnedgång.	84 % av deltagarna var positiva till programmet och kunde tänka sig att delta igen. De deltagare som ökade sin motivation fick också en större viktnedgång..	Medelhög